Aus dem Pathologischen Institut der Universität Breslau.
(Direktor: Prof. Dr. Henke.)

Ausheilung einer Perforationsgangrän der Lunge
ausgehend von einem Ösophagus-Carcinom 33 Jahre nach Laugenverätzung

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Gerhard Nemitz.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Henke.

Die häufigste Komplikation des Ösophagus-Karzinoms ist die Perforation in benachbarte Organe. Aus den Berichten acht verschiedener Autoren errechnete ich ein Häufigkeitsverhältnis von 33,1 bis 75%, im Durchschnitt 46,4%. Am häufigsten waren die Luftröhren, nach ihnen das Lungengewebe befallen. In vier verschiedenen, alle in bestimmten Zeiträumen zur Sektion gelangten Fälle umfassenden Veröffentlichungen fand ich auf eine Lungenperforation 4,3 in die Luftröhren, so daß erstere also bedeutend seltener ist.

Bei der Lungenperforation muß man meines Erachtens zwei Grade unterscheiden.

Die Perforation ersten Grades erfolgt in schon vorher derb infiltriertes oder bereits karzinomatös entartetes Lungengewebe. Dieses liegt frei und der derbe Infiltrationswall begrenzt so mit das Ösophaguslumen.

Die Perforation zweiten Grades durchbricht den Infiltrationswall und dringt in die Tiefe des Lungengewebes vor.

Während bei der Perforation ersten Grades der Krankheitsprozeß auf die nächste Umgebung beschränkt bleibt und die Funktionstüchtigkeit der Lunge kaum beeinträchtigt, führt die Perforation zweiten Grades immer zur Lungengangrän mit darauf folgendem Exitus. Einen Fall von Ausheilung dieser habe ich in der Literatur nicht feststellen können, so daß folgender Fall wohl ziemlich einzig dasteht:

Ernst K., 46 Jahre alt, hatte mit 13 Jahren eine Verätzung der Speiseröhre durch Trinken von Natronlauge erlitten, wurde deswegen 3 Jahre mit Sondierung behandelt, die später alle 1 bis 2 Jahre bei erneuten Schlingbeschwerden wiederholt wurde. Vor 14 Tagen trat sofort im Anschluß an „eine besonders schwierige Sondierung“ übelriechender Auswurf, Husten und Stiche im Rücken auf.

Bei der Aufnahme fanden sich neben beiderseitigen geringfügigen spezifischen Spitzenaffektionen über dem rechten Mittel- und Unterlappen Schallverkürzung, feuchte Rasselgeräusche und bronchiales Atmen. Der Röntgenbefund zeigte leichte Verschleierung beider Spitzen und Verschattung über rechtem Mittel- und Unterlappen, am stärksten zwischen 2. und 3. Rippe. Die Durchleuchtung der Speiseröhre ergab keinerlei Anhaltspunkte für eine Perforation in die Lunge, nur eine geringe Stenose in

Höhe des Aortenbogens. Nach fast achtwöchiger Behandlung, während deren der übelriechende Auswurf ganz nachließ, ebenso der Husten und die Stiche im Rücken, wird Patient als nur noch schonungsbedürftig entlassen. Der krankhafte Befund ist bis auf geringe Schallverkürzung und verschärftes Atemgeräusch über dem rechten Mittellappen nebst einer leichten Verschleierung desselben geschwunden. Der Spitzenbefund ist derselbe.

Nach 3 Monaten erfolgte erneute Aufnahme wegen starken Hustens, Auswurf und Fieber.

Über beiden Oberlappen zeigt sich Dämpfung, rauhes verlängertes Exspirium und feuchte Rasselgeräusche, über dem rechten Mittellappen nur verschärftes Atmen. Der Röntgenbefund ergab eine Verschattung beider Oberlappen und eine Stenose des Ösophagus zwei Querfinger unterhalb der Klavikel; Anhaltspunkte für eine Perforation in die Lunge traten auch diesmal nicht zutage. Die Ösophagoskopie ergab ein auf Tumor verdächtiges Bild und die Probeexzision führte zur Diagnose: Karzinom. Im Sputum wurden Tuberkelbazillen nachgewiesen. Unter zunehmendem Kräfteverfall trat nach 3½ Wochen der Exitus ein.

Der Sektionsbefund ergab eine tuberkulöse Bronchopneumonie der ganzen linken Lunge und eine diffuse Tuberkulose des rechten Oberlappens. Im Ösophagus zeigte sich von der Höhe der Bifurkation abwärts eine starke Lumenverengerung, im oberen Teil stark ulzeriert und nach oben zu von wallartigem Rande begrenzt. In halber Höhe besteht eine zerfetzte, etwa erbsengroße Perforation, die in die rechte Lunge in einen bleistiftdicken, blind endenden und mit geglätteter Wandung versehenen, fast gradlinig nach schräg unten lateral verlaufenden Kanal führt. Die Wandung desselben ist zirka 2 mm dick und geht direkt in das Lungengewebe über und zeigt mikroskopisch eine fast rein fibröse Zusammensetzung

Nach genauer, eingehender Untersuchung und Erwägung aller in Betracht kommenden Möglichkeiten kam ich zu dem Schluß, daß es sich hier um eine gereinigte Gangränhöhle handelt. Die Gangrän ist nach erfolgter Perforation eingetreten und allmählich infolge verschiedener schädigender Momente, wie Sekundärinfektion, stagnierende Zerfallmassen, regurgitierter Magensaft oder Mageninhalt usw. weiter fortgeschritten, bis plötzlich bei der „besonders schwierigen Sondierung“ die Sonde sich in diesem Zerfallsprozeß einen falschen Weg bahnte und ihm eine genügend große Ausgangsöffnung nach dem Ösophagus zu schaffte, so daß nun eine Reinigung von den Zerfallsmassen und somit ein Stillstand des gangränösen Prozesses und schließlich eine Ausheilung eintreten konnte. Sehr deutlich zeigt dies der Sektionsbefund. Während die ganze linke Lunge und der rechte Ober-

lappen tuberkulös erkrankt waren, zeigt gerade der rechte Mittellappen eben nur die gereinigte geglättete Höhle.

Der Durchbruch der Sonde in den bereits vorhandenen gangränösen Prozeß wirkte hier also ähnlich einem chirurgischen Eingriff, bei dem den Zerfallsmassen eine große Ausgangsöffnung geschaffen wird.

Interessant ist in vorliegendem Falle auch die Ätiologie des Ösophagus-Karzinom, das zweifellos 33 Jahre nach einer Laugenverätzung entstanden ist. Karzinomentwicklung auf Narben ist schon früher beobachtet worden. Wir finden in der Literatur zahlreiche Veröffentlichungen hierüber. Meist handelt es sich um Fistelnarben alter osteomyelitischer oder tuberkulöser Herde, Narben von Ulcera cruris, traumatischen Defekten, Brandnarben, Lupusnarben und seltener um Schwielen und Hühneraugen. Gerade die Karzinomentwicklung auf narbiger Grundlage ist ein wesentliches Beweisstück für die Reiztheorie und in vielen Fällen ist das Karzinom auch auf einer besonders häufigen Reizen ausgesetzten Narbe entstanden. Auch im vorliegenden Falle liegt durch die während 33 Jahren alle 1 bis 2 Jahre wiederholte Sondierungsbehandlung neben den physiologischen Reizen noch eine besondere mechanische Reizung der stenosierenden Verätzungsnarbe vor. Überhaupt spielt die Reiztheorie eine große Rolle in der Ätiologie des Ösophagus-Karzinoms. Dem Potus wird schon sehr lange eine große ätiologische Bedeutung beigemessen; dem Magenüberladen mit darauffolgendem Aufstoßen und Erbrechen, sowie dem zu hastigen Essen besonders zu heißer oder sehr großer Bissen. Ebenso spricht die bevorzugte Entwicklung an den physiologischen Engen für diese Theorie. Wenn alle diese Schädlichkeiten unter gewissen Voraussetzungen schon auf der gesunden Ösophagusschleimhaut eine Karzinomentwicklung verursachen können, wieviel mehr müssen sie da nicht auf dem ohnehin viel weniger resistenten Narbengewebe dazu führen können. Wenn also gerade im vorliegenden Falle eine karzinomatöse Entartung der Narbe eintrat, können wir das wohl kaum als einen Zufall ansehen. Vielmehr zeigt uns auch dieser Fall, wo doch eine besondere häufige mechanische Reizung der Narbe neben der physiologischen anamnestisch durch die wiederholten Sondierungsbehandlungen erwiesen ist, die wesentliche Bedeutung der Virchowschen Reiztheorie.